**113學年度聽覺障礙中度以上考生**

(考試分發委員會填寫)

編號：

**申請「免檢定高中英語聽力測驗」**

**專用診斷證明書**

|  |
| --- |
| ※依大學分發入學招生簡章規定：聽覺障礙達衛生福利部鑑定標準中度以上者，得不受高中英語聽力測驗成績檢定標準之限制。  ※考生須於**6月1日起至6月20日**止，至考分會網站「證明文件審查線上申請系統」登錄審查申請資料，並上傳填妥之本診斷證明書。  ※本診斷證明書須由衛生福利部認定之**醫學中心或區域醫院或地區教學醫院或地區醫院**之相關醫療科別(**耳鼻喉科**)檢查後填寫。如有任何疑義，可向考分會洽詢，電話：06-2362755。  ※曾參與113學年度「高中英語聽力測驗」、「學科能力測驗」、「大學繁星推薦」、「大學申請入學」並審查通過為聽覺障礙中度以上者，僅需於審查系統登錄申請，**不須重複繳交**診斷證明書，由考分會逕向前述考招承辦單位調閱。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 性別 | * 男　□ 女 |
| 身分證號碼 |  | 電話 |  |
| 應診醫院 |  | | |
| 應診科別 |  | 應診日期 | 年 月 日 |

**（以下請醫師詳實填寫）**

|  |  |
| --- | --- |
| **診　　　斷 (必填)** |  |
| **病 情 (請詳述)**  務請註明雙耳聽力功能。 |  |
| * **病情屬永久性障礙或在12個月內仍無法顯著改善者，務請勾選。** |

|  |
| --- |
| **類別說明**(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章) |
| **聽覺功能　 □ 正常 　 □ 有障礙**  　【醫師簽章】　【可複選】  　障礙部位：　□左耳　□右耳　□兩耳  　□重度障礙：雙耳整體障礙比率大於90.1%，如無法取得純音聽力閾值者，以ABR聽力閾值作為純音聽力閾值計算。  　□中度障礙：雙耳整體障礙比率介於70.1%至90.0%，如無法取得純音聽力閾值者，以ABR聽力閾值作為純音聽力閾值計算。  　□輕度障礙：雙耳整體障礙比率介於45.0%至70.0%，或一耳聽力閾值超過90分貝(含)以上且另一耳聽力閾值超過48分貝(含)以上者。如無法取得純音聽力閾值者，以ABR聽力閾值作為純音聽力閾值計算。  　□其他（請註明） |
| 以上經本院醫師診斷屬實，特予證明  院長：  中華民國　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　（需加蓋醫院關防及院長章戳，方具效力） |